

Шиманский И.Е., Шиманский Е.И.,
Шорох Г.П.

**НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ
ДЕКОМПРЕССИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ
РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТАХ**

/ Минск /

Хирургия на современном этапе развития достигла значительных успехов, однако перитонит остается самым тяжелым и грозным осложнением в абдоминальной хирургии (Б.К.Шуркалин и со-

Таблица. Больные, леченные с применением назоинтестинальной интубации кишечника

Заболевание	Оперировано	РП %	НИДК %	умерло %
острый аппендицит	25785	412 (1,6%)	38(9,2%)	3(7,9%)
травма живота	1928	224 (11,6%)	113 (50,4%)	22(19,4%)
прободная язва	1530	143 (9,3%)	22 (15,4%)	2(9,1%)
прочие	13937	676 (4,8%)	35 (5,2%)	6 (17,1%)
всего	43180	1455 (3,36%)	208 (14,3%)	33 (15,8%)

авт., 1989). Среди всех перитонитов распространенная форма составляет 20-51% с летальностью 18,3-39,5% (В.И.Стручков, 1984, В.А.Шалимов, 1981). Основной причиной его развития является позднее поступление urgentных больных в стационар (Е.Н.Маломан, 1985, Д.Ф.Скрипниченко, 1986). Одним из факторов "взаимного отягощения" в патогенезе перитонита является функциональная кишечная непроходимость, сопровождающая его течение в 85% (Т.С.Попова и соавт., 1991, Wolf G. et all., 1989).

В клинике неотложной хирургии БелГИУВ в период 1980-1997 г.г. оперировано 43180 больных по поводу острой абдоминальной патологии, из них 1455 (3,37%) больных с распространенным перитонитом (РП). Назоинтестинальная декомпрессия (НИДК) в комплексе лечебных мероприятий применена у 208 (14,3%) больных.

Как видно из таблицы, наиболее часто распространенный перитонит развивается при травме органов брюшной полости. При этой же патологии наиболее часто выполняется и назоинтестинальная декомпрессия кишечника. Реактивная фаза перитонита отмечена у 22 (10,6%) больных, токсическая у 69 (33,2%) и терминальная у 117 (56,2%) больных. В тоже время среди умерших терминальная фаза перитонита отмечена у 29 (87,8%) больных. Полиорганная недостаточность отмечена у 117 (56,2%). Таким образом, НИДК выполнялась наиболее тяжелой группе больных.

После устранения источника перитонита у 148 больных произведен интраоперационный лаваж брюшной полости. В качестве инфузата применялась смесь растворов в объеме 8-10 литров, состоящая из 0,2% раствора хлоргексидина, 0,25% раствора новокаина и 4% бикарбоната натрия.

Декомпрессия кишечника выполнялась различными модификациями зондов: однопросветным у 166 больных, двухпросветным у 24 и трехпросветным у 18 больных. На операционном столе из кишечника электроотсосом эвакуировалось в среднем 450+270 мл застойного кишечного содержимого (рН 6,1+2,7) и значительное количество газов. Завершалась НИДК промыванием кишечника через зонд физиологическим раствором с добавлением 4% раствора бикарбоната натрия. В последующие 2 суток послеоперационного периода идет нарастание секвестрации жидкости в просвет кишечника до 2000 мл. По мере разрешения перитонита, улучшения микроциркуляции и тонуса кишечной стенки, объем потерь по зонду уменьшается к 7 суткам до

300+120 мл с переходом содержимого кишки в сторону алкалоза (рН 8,0+1,4).

Нами разработана схема трансинтестинальной коррекции метаболических нарушений в условиях перитонита. Она включает ощелачивание кишечного содержимого, раннее энтеральное питание. Назоинтестинальные зонды извлекаются на 6-7 сутки, после стойкого восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника и купирования явлений перитонита.

Существенных осложнений в послеоперационном периоде от длительной декомпрессии кишечника мы не наблюдали.

Закрытая пролонгированная декомпрессия кишечника и трансинтестинальная коррекция метаболических нарушений способствует успешному лечению распространенных перитонитов. Летальность при распространенных формах перитонита с полипатией составила 15,8%. Летальность среди всех больных с перитонитом составляет 7,2%.